

Quais dos seguintes sintomas se aplicam neste momento ao seu caso pessoal? Por favor assinale o quadrado apropriado para cada sintoma. Para os sintomas que não se aplicam ao seu caso, por favor assinale o quadrado "nenhum".					
Sintomas:	nenhum	ligeiro	moderado	grave	multíssimo grave
	-----	-----	-----	-----	-----
Pontuação =	1	2	3	4	5
1. Declínio da sua sensação de bem estar geral (estado geral de saúde, sensação subjectiva).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dores nas articulações e dores musculares , (dor na base das costas, dor nas articulações, dor num membro, dores de costas em geral).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sudação excessiva (episódios inesperados/súbitos de sudação, afrontamentos independentes de esforço).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas de sono (dificuldades em adormecer, dificuldades em dormir toda a noite, acordar cedo e sentir-se cansado, sono agitado, insónia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aumento da necessidade de dormir, sentir-se frequentemente cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Irritabilidade (sentir-se agressivo, facilmente perturbado com pequenas coisas, com humor instável).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervosismo (tensão interior, agitação, sentir-se desassossegado).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ansiedade (sentimento de pânico).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Exaustão física/Falta de vitalidade (diminuição geral de performance, actividade reduzida, falta de interesse em actividades de lazer, sensação de produzir menos, de alcançar menos, de ter de se forçar para empreender actividades).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diminuição da força muscular (sensação de fraqueza).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estado de espírito depressivo (sentir-se em baixo, triste, à beira das lágrimas, com falta de energia, alterações de humor, sensação de que nada vale a pena).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sensação de que já passou o seu ponto máximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentir-se esgotado/sentir que chegou ao ponto mais baixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diminuição do crescimento da barba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Diminuição da capacidade/frequência do desempenho sexual ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diminuição do número de erecções matinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diminuição do desejo sexual/do libido (ausência de prazer no sexo, ausência de desejo de relações sexuais).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem mais alguns sintomas importantes?	Sim..... <input type="checkbox"/>		Não..... <input type="checkbox"/>		
Se sim, por favor descreva-os _____					
Muito obrigada pela sua colaboração					